FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1883

CONTRIBUȚII

IN STUDIUL

OSTEO-PERIOSTITELOR SIFILITICE ORBITARE

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Lucrare prezentată și susținută la ..... Decembrie 1922

de

ALEXANDRU POPOVICI
Intern Spit. Brâncovenesc

BUCUREȘTI
ATELIERELE TIPOGRAFICE „CARTEA MEDICALĂ" SOC. ANONIMA
BULEVARDUL ELISABETA No. 5
c. 72. 1922

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1883

CONTRIBUȚII

IN STUDIUL

OSTEO-PERIOSTITELOR SIFILITICE ORBITARE

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Lucrare prezentată și susținută la ..... Decembrie 1922

de

ALEXANDRU POPOVICI

Intern Spit. Brâncovenesc

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO-FARMACEUTIC
BUCUREȘTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Inv. Nr. 735383

BUCUREȘTI

ATELIERELE TIPOGRAFICE „CARTEA MEDICALĂ" SOC. ANONIMA

BULEVARDUL ELISABETA No. 5

c. 72.

1922

Decan: D-l Profesor Dr. TOMA IONESCU

Profesori titulari

Clinica II chirurgicală	D-l Dr.	ANGHELESCU
Chimia medicală	„ „	ATANASESCU
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	I. BĂLĂCESCU
Anatomia Patologică Bacteriologje şî patologie experimentală	„ „	V. BABEŞ
Medicina experimentală	„ „	CANTACUZINO
Clinica Ginecologică	„ „	DANIEL C.
Clinica II Medicală	„ „	DANIELOPOLU
Anatomia topografică II	„ „	GEROTA D.
Farmacia chimică şi galenică	„ „	M. GEORGESCU
Clinica Obstetricală	„ „	N. GHEORGHIU
Anatomie topografică I,	„ „	T. IONESCU
Clinica I chirurgicală ,	„ „	T. IONESCU
Clinica III medicală	„ „	D. IONESCU
Clinica III-a chirurgicală	„ „	E. JUVARA
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	A. JIANU
Farmacologia şi materia medicală	„ „	LALU S.
Clinica Oto-Rhino-Laringologică	„ „	N. METIANU
Clinica boalelor nervoase	„ „	Gh. MARINESCU
Chimia analitică	„ „	St. MINOVICI
Clinica infantilă	„ „	MANICATIDE
Higiena şi poliţia sanitară	„ „	MEZINCESCU D.
Medicina legală	„ „	MINA MINOVICI
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	D. MANOLESCU
Clinica I medicală	„ „	NANU MUSCEL
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	ST. NICOLAU
Clinica boalelor mentale	„ „	AL. OBREGIA
Fiziologia umană	„ „	PAULESCU
Patologia generală	„ „	GH. PROCA
Anatomia descriptivă	„ „	RAINER FR.
Zoologia medicală	„ „	ST. SIHLEANU
Botanica medicală	„ „	SOLACOLU T.
Patologia medicală	„ „	THOMESCU TH.
Terapeutica experimentală	„ „	A. TEOHARI
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „	I. VINTILESCU

Profesori agregaţi:

Istologia normală şi istogeneza	D-l Dr.	BESNEA
Medicina operatorie	„ „	CONSTANTINESCU

Juriul de promoţiune:

Preşedinte: D-l Profesor Dr. MANOLESCU D.

Membrii: (Profesor Dr. METIANU N.
(Docent Dr. IGNĂTESCU M.

Membru suplinitor: „ Dr. DUMITRESCU MANTE

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici aprobare nici desaprobare.

MEMORIEI TATĂLUI MEU

MAMEI MELE

adorație și recunoștință

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0057

OSTEO-PERIOSTITELE ORBITARE SIFILITICE

Deşi sifiligrafii secolului al XVI-lea au lăsat interesante lucrări asupra sifilisului, totuşi dacă au semnalat prezenţa de «tumori squiroase ale oaselor» adică gome osoase ale feţei şi craniului, sifilisul orbitar şi complicaţiile lui, atrage puţin atenţia, cei mai mulţi confundându-l cu osteo-periostitele orbitare de altă natură.

Studiul ei începe în secolul al XVIII-lea (1755) când *Astruc* vorbeşte de exostoză sifilitică a găurei optice provocatoare de amuroză.

Tyrrel descrie «maladia scrofulo-syfilitică a orbitei» insistând asupra durerei care «ca şi în alte părţi, tot aşa şi la orbită, maladia periostului este însoţită de durere exasperându-se seara sau noaptea» sub numele de scrofulo-sifilitică înţelegând sifilis grefat pe teren scrofulos, adică pe o stare constituţională specială, capabilă de orice manifestare morbidă şi confundată de cei mai mulţi autori clasici când cu manifestările t. b. c., când cu cele sifilitice.

Ricord semnalează primul, cazuri foarte probante de sifilis orbitar, insistând asupra rarităţii localizărilor specifice orbitare. Stabileşte două modalităţi clinice şi evolutive ale acestei afecţiuni ; o formă inflamatorie şi o formă gomoasă.

Sichel publică un scurt memoriu asupra acestei chestii.

Demarres, Mackenzie şi *Gross* menţionează posibilitatea de transformare a periostitei în exostoză.

Rollet arată că leziunile sifilitice ale orbitei coincid cu alte leziuni cranio-faciale de aceiaşi natură, mai ales periostoze frontale, temporale şi maxilare şi zice că «ele stau în majoritatea cazurilor pe peretele superior al cavităţii orbitare, deci prin frontal încep în majoritatea cazurilor — periostozele fantei sfenoidale cauzează paralizii ale muşchilor motori ai ochiului».

Le Noir şi *Demarquay* fac un studiu sintetic asupra chestiunei fără a adăuga nimic nou.

Spencer Watsend în lucrarea sa asupra periostitelor orbitare distinge 3 varietăţi: forma scrofuloasă, forma cachetică şi sifilitică pe care numai o menţionează.

Le Dentu şi *Labat* ca şi *Billroth,* vorbesc prea puţin despre această afecţiune.

Campana ne dă observaţia unui caz de periostită orbitară. Mai recent *Stedman Bull, Alexander* şi mai ales *Beaudonnet* dau descripţii bune asupra osteo-periostitei orbitare specifice, puţin studiate până la ei şi consideratä ca rară.

Atât Bull cât şi Alexander, afirmă că, leziunile sifilitice ale orbitei sunt mai dese decât se crede şi observaţiile publicate arată că fără a fi prea comune sunt totuşi destul de frequente.

Beaudonnet dă şi descripţia clinică a osteo-periostitei specifice.

Rollet (fiul) crede că, un mare număr de cazuri printr'un examen mai minuţios, ar putea fi considerate de natură specifică, atunci când cauza precisă rămâne nedeterminată.

Fournier (tatăl) deşi vorbeşte de sifilis osos şi stabileşte în ordine de frequenţă leziunile determinate de el, totuşi, de localizarea orbitară nu pomeneşte,

Hermann în tratatul său asupra sifilisului se mărgineşte a spune că sifilisul poate produce carii, necroze şi exostoze ale pereţilor orbitari.

Galezowsky descrie scrofula şi sifilisul ca principalele cauze ale periostitelor orbitei, dar dă o singură descripţie pentru amândouă, confundându-le.

De Wecker vorbind despre periostitele orbitei, crede că etiologia acestei afecţiuni are puţine date precise, printre cauzele cele mai frequente enumără contuziile regiunei orbitare, corpii streini, frigul, insolaţia, dar de sifilis nu pomeneşte nimic.

Panas din contră, scrie că osteo-periostita orbitară sifilitică cronică e mult mai frequentă ca cea flegmonoasă; mai departe tot Panas revine şi spune că, periostita cronică succede cele mai adesea ori empiemului sinului frontal «origina e atât de frequentă în cât puţine excepţii din pretinsele periostite rămân străine de inflamaţia sinului frontal».

Berger, în tratatul de oftalmologie, semnalează existenţa posibilă a periostitelor şi gomelor orbitei; dă o descripţie foarte scurtă a periostitei sifilitice şi se încearcă a stabili oarecari caractere diferenţiale între acestea şi tuberculoza orbitei.

Hoch semnalând diferitele cauze ale periostitei, se exprimă astfel: «de asemenea se poate incrimina sifilisul, mai ales sifilisul hereditar». In ceeace priveşte periostita marginei orbitare, zice: «în cazuri foarte rari, periostita e datorită sifilisului — unei alteraţiuni gomoase».

Max Kniess însă, dă o descripţie destul de clară, dar incomplectă a acestei afecţiuni. El crede că simptomele periostitei orbitare specifice, nu au nimic caracteristic, diagnosticul bazându-se pe antecedente şi rezultatele tratamentului de probă antispecific.

Gomoiu crede că deşi osteo-periostita orbitară specifică este rară, şi prin aceasta s'ar explica confuzia cu alte osteo-periostite, şi chiar nediagnosticarea ei,

totuşi ea nu-i excepţională. Că benignitatea ei relativă, în marea majoritate a cazurilor, fac ca acest material clinic să lipsească. Este pentru tratament de probă antispecific.

Hangan (teză) dă o descripţie sumară a osteoperiostitei specifice orbitare, ca simptomatologie, sediu şi manifestări, crede că tratamentul de probe poate decide singur asupra diagnosticului.

Balzer semnalează ca posibile cazuri de osteo-periostite orbitare, descrie şi câteva sindroame determinate de localizarea procesului morbid şi crede că anamneza, semne clinice altele decât cele oculare impun diagnosticul şi tratamentul de probă e necesar.

Rostaine indică ordinea de frequenţă a osteoperiostitelor specifice, dar nici nu pomeneşte de cele orbitare.

Osteo-periostita orbitară este deci una din manifestările virusului sifilitic despre care am putea spune, după cum a spus Peter în privinţa streptococului, că este «le microbe à tout faire» în sensul că nici un organ nu scapă ne lezat, că polimorfismul leziunilor specifice, apariţia şi evoluţia lor pun la grea încercare chiar pe cei mai eminenţi cliniciani, că sifilisul chiar stins în aparenţă sau absent ca manifestare clinică nu poate fi eliminat din etiologia şi patogenia unei manifestaţiuni osteo-periostice în special şi distrofice în general.

Fiindcă osteo-periostitele specifice, sunt relativ rare faţă de alte manifestaţiuni specifice şi din cauza dificultăţilor de diagnostic, am crezut necesar să prezentăm un studiu sintetic asupra ei, prezentând câte va cazuri cu concluziile ce decurg din observaţia clinică şi tratamentul antispecific de probă atunci când alte mijloace de diagnostic ar lipsi.

Observaţia I-a. — *Clinica de oftalmologie Prof. Dr. Manolescu.* — Bolnavul R. C. în etate de 40 ani, plugar, intră în clinica de oftalmologie la 18 Iulie 1905.

Ceeace atrage atenţia în examenul acestui bolnav este o deformaţie remarcabilă a feţei, datorită unui exorbitism foarte pronunţat a ochiului drept. Craniul normal conformat, pe frunte se desenează conturul unor vene ce o brăzdează în diferite direcţiuni. Marginile orbitare nu prezintă nici o deformaţie apreciabilă. Pleoapa sup. dr. e normală ca conformaţie, nu este edematiată, dar este căzută şi absolut imobilă; pleoapa inf. răsfrântă în afară, constitue un uşor ectropion paralitic. Deschizătura palpebrală este virtuală, de oarece pleoapa sup. (în ptoză) trece înaintea globului ocular acoperindu-l în întregime şi se reazămă pe pleoapa inferioară. Conjunctiva pleoapei superioare şi bulbară foarte injectată; fornicele superior este liber, cel inferior şters — fiind ocupat de un chemozis foarte pronunţat, care herniază prin unghiul intern al deschizăturei palpebrale. In unghiul intern şi extern al ochiului este colectată o secreţie alburie, puţin abundentă.

Căile lacrimare sunt permeabile. Globul ocular drept, după cum am spus, este în totalitate acoperit de pleoapa superioară, fără a fi câtuşi de puţin mărit de volum; el este impins în afară de orbită, depăşind mărginile orbitare cu 5 mm.; propulsiunea este atât de accentuată încât, dacă privim profilul stâng al bolnavului, globul ocular drept este văzut prin eşancrura nazo-frontală. Situat la partea cu totul anterioară a orbitei, globul ocular drept, păstrează direcţiunea sa normală axul antero-posterior nu este deviat.

Tensiunea este normală. Cornea netedă, transparentă dar absolut insensibilă; limbul cornean uşor vascularizat. Sclerotica normală. Examenul cu lupa şi prin eclerajul lateral nu ne descopere nimic anormal. Irisul de culoare azurie ca şi cel din stânga; nu reacţionează de loc la lumină dar este influenţat de atropină, nici nu acomodează ci păstrează mereu o pupilă neagră, rotundă de 3 mm diametru. Camera anterioară normală. Mişcările voluntare, atât ale pleoapelor cât şi ale globului ocular drept, cele sinergice ca şi cele izolate sunt complect abolite. Prin examenul oftalmoscopic se constată că papila este injectată, iar conturul său este difuz (rău limitat) către partea inferioară; vinele dilatate şi sinuase, excavaţia fiziologică nu se poate constata. Câmpul retinian prezintă acelaşi colorit roşu ca şi papila şi este străbătut de vase sinuase aparente. Vederea foarte turburată. Acuitatea vizuală redusă la $^1/_3$, întrebuinţarea lentilelor nu corijează întru nimic vederea. Câmpul vizual pentru alb, puţin strâmtat concentric, este confuz dar omogen. Distincţia culorilor nu este posibilă decât cu condiţia ca obiectul de probă să fie mare şi foarte

apropiat (20—25 cm.) Ochiul stâng normal anatomic și funcțional.

Bolnavul are diplopie foarte pronunțată. La față mai observ că părțile moi din regiunea canină dreaptă formează un relief destul de pronunțat, în comparație cu depresiunea normală din partea stângă; acest relief pare a fi datorit unei infiltrații a cărui cauză n'o putem determina, de oarece nu se percepe nici o tumoră subcutanată sau osoasă.

Fazele nazale libere (normale), dar în Aprilie 1905, a avut puțină secreție murdară, care făcea cruste.

Gura normal conformată, dar pe linia mediană a bolței palatine, aproape de marginea ei posterioară, se observă o ulcerație de formă oblungă, cu diametru cel mare anteroposterior de 1 cm. iar cel transversal de 7—8 mm; marginile acestei ulcerațiuni sunt regulate și neridicate (nu fac relief); fundul ulcerației are un aspect cenușiu murdar și este acoperit de o secreție care prin ștergere se poate ridica în parte (pe margini). Lângă această ulcerație înainte și spre dreapta se constată un nodul indolent care face relief pe bolta palatului; mucoasa care acopere nodulul are o coloratie violacee intensă, iar în jurul ulcerației, țesuturile sunt dure și infiltrate și de culoare roșie închisă care merge descrescând în intensitate către periferie unde se confundă pe nesimțite cu culoarea roză a palatului.

Vocea nu e alterată. Nicăeri pe corp nu mai găsim vre-o leziune de acest fel. Ca stare generală, pacientul nu lasă nimic de dorit.

Ca simptome subiective mai avem de notat cefalalgie vesperală și nevralgiile aproape continui pe traectul ramurilor trigemănului.

Bolnavul pune debutul acestei afecțiuni în Februarie 1915; de atunci, a început să aibă cefalalgii vesperale și nevralgii dentare; la început limitate la $^1/_2$ dreaptă a maxilarului superior, apoi nevralgiile au prins și jumătatea corespunzătoare a maxilarului inferior. Prin Martie 1905, bolnavul a remarcat o tumefiere a $^1/_2$ drepte a buzei superioare, însoțită de anestezie complectă a regiunei.

Anestezia ca și tumefacția progresează treptat cuprinzând întreg obrazul până sub ochiul drept, iar orbita și globul ocular au devenit sediul unor dureri fulgurante foarte des repetate și cu iradiațiuni pe traectul nervului maxilar. Prin Iunie, ochiul drept a început a proemina încetnl cu încetul până acum 10—13 zile, de când exorbitismul a progresat foarte repede. N'a suferit nici un traumatism în regiunea or-

bitară. Vederea i-a fost totdeauna perfectă, până acum 10 zile când au apărut turburările notate mai sus. Ignorează data apariției diplopiei. De acum 10 zile pleoapa superioară a început a cădea treptat, treptat până la închiderea complectă a fantei palpebrale. Regiunea temporală totdeauna indemnă; auzul i-a fost normal.

Neagă existența sifilisului, sau a vreunei maladii infecțioase. Lipsește orice vestigiu de sifilis. Bolnavul n'avea cunoștință de existența gomei pe palatin; este însurat și are 5 copii sănătoși; nevasta n'a avut nici un avort. In trecutnl patologic al ascendenții și colateralității nu găsim nimic.

In fața fenomenelor oculare, ne-a fost ușor a exclude existența unei sinuzite a maxilarului superior, unui flegmon orbitar, așa că diagnosticul de tumoră retrobulbară rămânea motivat. Deși în primul moment ne-am gândit la oportunitatea unei intervenții chirurgicale, totuși, prezența unei leziuni ca cea bucală, ne-a făcut să bănuim o legătură între aceasta și afecțiunea oculară. Pentru acest motiv am făcut bolnavului in fiecare zi câte o injecție intra-musculară cu 1 c.c. din soluția de biodur de Hg.

Spre marea noastră satisfacție, încă dela a 3-a injecție, bolnavul semnalează oarecare ameliorare, constând în aceea că cefalalgiile și durerile orbitare se calmează dintr'o zi în alta, ameliorarea devine mai vădită, așa că după a 6-a injecție chemozisul dispare complect; tumefacția și anestezia facială dispar deasemenea; cefalalgiile vesperale și nocturne mai persistă încă. Vederea revine $^1/_2$; câmpul vizual pentru alb devine normal ca întindere, dar rămâne tot confuz; distincția celorlalte culori este încă dificilă. Ulcerația bucală ceva mai micșorată, marginile mai netede, dar roșeața tot mai persistă.

După a 20-a injecție, bolnavul păstrează încă ușoară diplopie, și o pareză a pleoapei superioare, mișcările globului ocular drept ceva mai lente ca ale celui stâng. Pupila încă acomodează slab dar reacționează perfect la lumină. Acuitatea vizuală $^1/_2$. Câmpul vizual pentru alb este: 30° înăuntru, 20° în sus, 50° în jos și 55° în afară (— în sus și în afară, începând dela 30° la 50°, albul pare verde); câmpul pentru verde este 25° în sus, 35° în jos, 35° înăuntru și 50° în afară; câmpul roșului este: 25° în sus, 25° în jos, 20° înăuntru, 45° în afară (— dela 20° la 30° înăuntru roșu pare verde).

La 31 August 1905, pacientul se găsește într'o stare foarte satisfăcătoare; toate fenomenele patologice precitate au dispărut, persistând totuși o oarecare lentoare în mișcările pleoapei

superioare drepte. Bolnavul este concediat, recomandându-i-se să continue tratamentul iodo-mercurial.

Din cele expuse reese că pacientul a fost atins de osteo-periostită a orbitei, iar natura sifilitică a fost dovedită prin rezultatul tratamentului specific.

Observația II-a. — *Clinica oftalmologică Prof. Dr. Manolescu.* Extras din foaia de observație a bolnavei S. T. de 50 ani, intrată la 17 Februarie 1920.

Diag.: Osteo-periostită gomoasă a orbitei drepte.

Istoricul afecțiunei. Din Ianuarie 1920 a început să aibe oarecare jenă, înglodire, lăcrămare, ușoare dureri la ochiul drept. Vederea n'a observat să-i fi scăzut.

De 3 săptămâni a început să simtă dureri mai accentuate în ochiul drept, dureri periorbitare și hemicraniene drepte și a globului ocular drept.

I se pare că ochiul devine mai mare. Vederea a început să diminueze, ochiul să-i lăcrămeze.

Starea prezentă locală. Pleoapa superioară căzută, acopere globul în întregime, și nu o poate ridica voluntar decât foarte puțin. Pleoapa superioară roșie, ușor edematiată și puțin bombată spre comisura externă. Pleoapa inferioară cu aspect normal. Marginea orbitară nu pare a fi deformată dar e dureroasă la presiune, mai ales în partea supero-externă. La orbită nu se simte nimic, și nici nu se poate delimita prin palpeu între glob și rebordul orbitar vre-o tumoră.

Globul ocular aproape imobil, deviat în afară și în jos. Conjunctivele palpebrală și bulbară hyperemiate. Pupila dilatată dar regulată.

Acuitatea vizuală ochiul drept = 0
„ „ „ stâng = $^1/_8$

Examen oftalmoscopic al ochiului drept = se constată staza papilară, cu vasodilatație venoasă mijlocie.

Se face analiza sângelui Wasserman +++

Trat. Cianur intravenos 0.02 ctg. la 2 zile. După 14 zile motilitatea revine complect, mai persistă ușoară exolftalmie, acuitatea vizuală $^1/_3$, reflexul pupilar normal. Bolnava pleacă ameliorată după cerere.

Observația III-a. — *Spitalul Brâncovenesc, Serviciul Dr. Gomoiu.* Pacienta O. M. de 35 ani, intră la 17 Februarie 1922 pentru exolftalmie dreaptă, ptoza pleoapei superioare, dureri hemicraniene și faciale drepte.

Antecedente heredo-colaterale. Nu poate da nici o dată precisă. Crede că părinții au murit de bătrânețe.

Antecedente personale. A suferit de pojar și scarlatină în copilărie. Menstruată la 14 ani, dysmenoreică. S'a măritat la 25 ani (1915). Are un avort spontan în luna VI-a. După doi ani o altă sarcină la termen, copilul moare după 2 săptămâni. Nu știe de ce, dar a observat că slăbea, avea răni în jurul gurei, diaree și că nu mai sugea. De atunci n'a mai avut nimic.

Istoricul maladiei actuale. Din Aprilie 1921 bolnava are dureri de cap, la început difuze, migratorii, mai intense noaptea. Dispăreau uneori, apoi reveneau. Mai târziu durerile se localizează în regiunea hemicraniană dreaptă și orbitară. La început durerile erau suportabile, dar după 2—3 luni devin insuportabile, cu paroxisme vesperale și nocturne încât, zice bolnava, are sensația că o lovește cineva cu un ciocan în ochi. In acelaș timp, obs. că pleoapa superioară dreaptă începe să-i cadă și să-i împedice vederea. A încercat să și-o ție ridicată printr'un bandaj, dar căderea pleoapei s'a accentuat din ce în ce încât a renunțat la el. Odată cu acestea observă că vederea îi scade și i se pare că ochiul drept este mai mare ca cel stâng. Pentru acestea vine la spital.

Stare prezentă. Se constată prin inspecție că pliurile frontale dr. sunt mai accentuate ca cele stg., că sprânceana dr. e la un nivel mai ridicat ca cea stângă. Sillonul orbito-palpebral drept aproape șters și că pleoapa sup. dr. este căzută (în ptoză) și acopere aproape complect globul ocular. Prin fanta palpebrală foarte redusă (deschiderea maximă de 5m. m.) se vede globul ocular. Pleoapa inferioară ușor extropionată. Nu se constată la nivelul fanta palpebrale și nici la unghiuri vre-o secreție. Bolnava invitată să-și ridice pleoapa superioară nu poate. și tentativele sunt dureroase. Ridicată pleoapa cade la loc, reluându-și poziția inițială. Prin inspecția conjunctivei palpebrale și bulbare nu se constată nimic. Se constată anestezie periorbitară, palpebrale și conjunctivală. Cornea insensibilă, netedă, lucioasă. Nimic în camera anterioară. *Pupila dilatată*, regulată, neagră. Reflexul fotomotor la pupila dreaptă abolit. Pupila stângă normal. Acuitatea vizuală — 0 cel stg. $^1/_2$.

Prin examenul oftalmoscopic se constată transparența mediilor, stază papilară, cu vazodilatație venoasă accentuată. *Turburări de motilitate.* Mișcările globului ocular drept complect abolite. Ochiul este deviat în jos, înăuntru și înainte. Protruziunea globului ocular drept cu 8 m. m. Privit din profil stâng, prin eșancrura nazo-frontală, se vede.

Prin inspecție generală nu se constată nimic anormal, la

palpaţie ganglioni inghinali stângi multipli, mobili, nedureroşi.

Ap. buco-faringian. Carii dentare multiple. Nimic palatin, faringian. Nimic nazal.

Se constată prin inspecţia gâtului şi palpaţie, uşoară hypertrofie a corpului tyroid. Nimic toracic, nici abdominal. Bolnava afebrilă.

Diag. osteo periostită specifică a fantei sfenoidale.

In prezenţa acestui caz, fiind date lipsa fenomenelor inflamatorii, lipsa secreţiei, lipsa de reacţiune conjunctivală, pe de altă parte evoluţia torpidă şi progresivă a afecţiuuei s'a eliminat dintr'o dată toate afecţiunile acute palpebro-conjunctivale, la care adăugându-se lipsa vreunei leziuni sau reacţii aparente în camera anterioară, dilataţia pupilară, tonicitatea normală a ambilor ochii şi minima stază papilară şi retiniană cu insensibilitate corneană, imobilitate oculară cu deviaţie infero internă şi celelante simtome paralitice periferice cu exolftalmie, în mod natural trebuea căutată şi explicată afecţiunea printr'un proces morbid retro-bulbar sau cu o altă origină.

S'a eliminat exolftalmia mono-oculară basedowiană, din care sunt citate câte-va cazuri (Trusseau, Terson, Rutten) prin lipsa altor simptome concomitente şi prezenţa de paralizi şi anestezii.

Prin lipsa fenomenelor indicatorii a proceselor acute, se eliminau şi fenomenele acute abcese, flegmoane retro-bulbare sau ale orbitei, ale pereţilor orbitari şi regiunilor vecine. Deci exolftalmia cu toate celelante fenomene nu puteau fi datorite decât unui proces sub-acut sau cronic al pereţilor sau conţinutului cavităţi orbitare. Prin deviaţia latero-internă şi inferioară a globului ocular drept se impunea diagnosticul de sediu al tumorei şi explica în parte turburările paralitice concomitente căci ştim că, orbita considerată anatomo-topograficeşte, prin forma-i conică, prin fantele ce le preziuta spre vârful său şi care lasă, să intre şi să easă nervii şi vasele destinate în mod special globului ocular şi conţinutului orbitar în general, mai servind şi de pasaj prin gutierele şi canalele intra parietale nervilor destinaţi reg. vecine. Am spus că deviaţia infero-internă a globului ocular cu exolftalmia şl deviaţia axului antero-post. de aceiaş parte a orbitei în marea majoritate este datorită unei tumori sau mai pseudo-plasm al peretului orbitar supero-extern, retro-bulbar, dar pe lângă acestea am aflat prin anamneza cazului că, afecţiunea începuse prin dureri în ochi, deci traducea un fenomen probabil profund, cu căderea pleoapei superioare şi scăderea acuităţi vizuale, şi jenă în mişcările ochiului, deci procesul atinsese iniţial fundul orbitar şi partea externă şi superioară a regiunei vârfului, lar noi ştim că apexul conului orbitar este ocu-

pat de rebordul găurei optice, şi că în partea supero-externă a găuri optice se găseşte fanta sfenoidală, prin care trec oculo-motorul comun, oculo mot. extern, pateticul, oftalmicul; primii trei dând mişcările globului ocular, în afară de primul care prezidează şi funcţia de acomodare prin nervii ciliari, ultimul dând sensibilitatea globului ocular, anexelor şi reg. orbito-periorbitare. Deci procesul morbid nu putea să intereseze decât această regiune, prin debut, prin evoluţie progresivă şi prin deviaţie.

Rămânea de diagnosticat natura tumorei. In acest caz fiindcă aveam exolftalmie fără tumoră aparentă, ar fi trebuit după indicaţiile tuturor oftalmologiştilor şi tecnica chirurgicală să facem o punctie exploratrice. Nu s'a făcut pentru următoarele motive: 1) nu era motivată de prezenţa vreunui simptom care să indice tumoară licidă retro-bulbară ca: Hydropizia închistată capsulei lui Tenon, kist hydatic, sau vre-un proces supurativ al atmosferei celulo-găzoase şi musculoase a orbitei, prin nici un proces supurativ de vecinătate, 2) pentru că dintre toate celelante tumori nu puteam să ne oprim decât la posibilitatea unei osteo-periostite specifice sau unui osteom. Pentru osteom pleda în parte deviaţia, lunga evoluţie, dar pentrucă osteoamele cu punct de plecare orbitar sunt rarisime, ele năvălind în mod secundar cavitatea orbitară, lipsa altor semne periferice a altor orgaue de la care ar fi plecat ne-a făcut să înclinăm pentru osteo-periostită specifică. Nu numai atât dar, simtomatologia, cu o pseudo nevralgie-trigemenă în prezent, cu avort în luna VI-a spontan şi făt mort la 2 săptămâni după naştere cu ulceraţii peribucale şi turburări de nutriţie indica sifilis. Wasserman $+ +$. Deci nu putea fi vorba decât de osteo-periostită specifică a fantei sfenoidale şi găuri optice.

Tratament. Cianur intravenos, Neosalvarsan la 8 zile ~~la 2 zile 0.02~~. După 45 zile bolnava pleacă complect vindecată.

Observaţia IV-a. — Bolnavul I. R., de 12 ani, se prezintă la Consultaţiile chrirurgicale la 15 Februarie 1922 pentru fistula orbitară la nivelul comisurei palpebrale drepte externe, cu tumoră facială, reg. malară stg. şi cicatrice verucoasă maseterină dreaptă.

Anteced. heredo-colaterale. Nimic important din cele ce relatează bolnavul.

Antecedente personale. Nici o maladie în copilărie, a suferit puţin de ochi. Nu ştie ce a avut. Acum 3 ani a avut dureri la nivelul maxilarului inf. $^1/_2$ stg. la unirea $^1/_2$ anterioare cu $^1/_2$ posterioară a porţiunei orizontale, după care la 2—3 săp-

tămâni a constatat formarea unei tumorete, profunde, lipită de os, dureroasă spontan şi la pipăit, fără reacţie inflamatorie din partea tegumentelor. După 2 luni, în care interval tumora ajunsese la mărimea unei alune, tumora s'a înmuiat, tegumentele s'au înroşit, au devenit violacei şi printr'un orificiu fistulos s'a eliminat o secreţie, după spusa bolnavului, galben-uleios. Mai târziu secreţia a devenit roşiatică. Un orificiu fistulos a persistat timp de câteva luni. Când s'a închis, nu ştie.

In 1921 prin Mai, apare o tumoră cu aceleaşi caractere şi evoluţie la nivelul unghiului orbitar extern drept. Bolnavul a observat că pleoapa superioară începe să-i cadă treptat, treptat până a acoperit globul ocular. Pleoapa n'o mai putea ridica. Durerile crescuseră, i se părea că-i plesneşte ochiul. Ochiul drept era împins înăuntru şi nu-l mai putea mişca. Ochiul îl durea şi-i lăcrăma. După câtva timp tumora s'a fistulizat, conţinutul s'a evacuat, motilitatea palpebrală şi a globului ocular a revenit, durerile au dispărut şi ele, dar fistula nu s'a închis. După 3 luni, toamna 1921 (Noembrie) apare o tumoră cu aceiaşi evoluţie la nivelul reg. maseterine drepte cu eliminarea conţinutului în mai multe rânduri. După o lună fistula şi orificiul fistulos persista, apoi s'a închis.

Starea prezentă. De constituţie submediocră, facies palid, prezintă la nivelul comisurei palpebrale drepte externe un orificiu fistulos cu borduri regulate, pigmentate în brun. Tegumentele peri-oficiale plisate, dau regiunei un aspect de pâlnie. Fundul acestei pâlnii este ocupat de orifici fistulos, prin care se scurge un lichid seros. Explorat cu stiletul, orificiul se continuă cu o fistulă al cărei fund pare a fi pe rebordul orbitar, care se simte dur, neregulat. Prin palpaţie simţim că rebordul orbitar la nivelul orificiului fistulos şi al fistulei este îngroşat neregulat, nedureros.

In regiunea maseterină dreaptă se constată prezenţa unei cicatrice, de culoare roşu brună, neaderentă, mobilă pe planurile profunde, de 1 cm. înălţime şi 5 mm. lăţime.

In partea mijlocie prezintă câţiva muguri cărnoşi acoperiţi de cruste gălbui aderente.

Crustele ridicate lasă o suprafaţă roşie mustindă. La nivelul regiunei suborbito-malare stg. se constată prezenţa unei tumori de mărimea unei alune. Tegumentele la nivelul ei sunt roşii, squamoase (bolnavul zice că a dat cu iod), iar în jurul ei sunt normale. Se constată că tumora e dură elastică, aderentă de planul periosto-osos al malarului stg. cu care se confundă progresiv. Tumora e dureroasă spontan şi prin palpaţie.

Prin inspecția cranio-facială constatăm: bose parietale exagerate, nas înfundat mijlociu, inspecția aparatului buco-faringean; amorfism dentar, incisivi ferestruiți pe bordurile libere.

Reg. cervicală micro-poliadenopatie dr. toracic nimic la inspecție. Ascultatoriu = nimic anormal. Cord nimic. Nimic abdominal.

In fața cazului dat, prin distrofiile osoase multiple caracteristice prin hipoplazia generală ne-a fost ușor a stabili că suntem în prezența unui heredo-sifilis. Dar în fața celorlalte manifestări, se punea întrebarea, dacă leziunile sunt de aceiași natură sau sunt leziuni de altă natură grefate pe un teren specific. In special se punea chestiunea unei scrofulo-verole după cum a numit Ricord asociația t. b. c. specifică.

Prin examenul general al bolnavului nu s'au putut găsi simptome clinice care să ne indice vre-o leziune viscerală sau superficială t. b. c. în afară de micro-poliadenopatia cervicală dr.

Prin lipsa oricăror simptome concomitente, diagnosticul care se impunea era de micro-poliadenopatie cervicală strumoasă. In ceeace privește diagnosticul fistulei orbitare, s'au eliminat chistele dermoide sau sebacen supurat și fistulizat al regiunei, prin prezența leziunilor osoase, prin lipsa tumorei înaintea primelor simptome subiective. Rămânea de făcut diagnosticul între osteo-periostita t. b. c. și specifică.

Terenul pe care se desvoltase fistula, țesutul osos hyprostozat la nivelul fistulei, bordurile nedecolate, orificiu unic, lipsa de fongozități și neaderența de planurile osteo-periostice a țesuturilor perifistuloase ne-au făcut să eliminăm originea t. b. c.

Cicatricea verucoasă ca formă, culoare, neaderență de planurile profunde era caracteristice cicatricilor consecutive proceselor specifice.

Durerile osteocope, aderența de planul osteo-periostic, limitarea procesului și tendința spre exteriorizare rapidă ne face să eliminăm formațiunile chistice, și osteo-periostita t. b. c., a malarului stg.

Se pune diagnosticul de osteo-periostite gomoase multiple sifilitice, sifilis hereditar. Examenul sângelui = Wasserman ++ Se fac injecții intravenoase cu cianur de Hg. După o lună fistula orbitară se închide, cicatricea maseterină perde mugurii iar procesul osteo-periostic din reg. malară stg. regresează, este pe punctul de a dispărea complect. Starea generală a pacientului mai bună.

Deși osteo-periostită sifilitică privită în cadrul evolutiv al sifilisului în general face parte din manife-

staţiunile terţiare, produse prin reviniscenţa coloniilor de spirochete rămase latente, cu tendinţa la evoluţie cronică, la organizare, şi mai târziu la distrugere prin ramolisment, scleroasă şi atrofie, totuşi aceste leziuni pot fi precoce putând să apară către sfârşitul celei de a doua incubaţii, sau în momentul primelor manifestaţii secundare; ele sunt localizate, observându-se la nivelul craniului tibiei, sternului etc. In unele cazuri spirocheta pare că are o predilecţie pentru sistemul osos în toate perioadele maladiei, dând sifilisul osos sistematizat. Din aceste leziuni multiple, osteo-periostita orbitară poate fi prima manifestare terţiară sau să succeadă altor manifestaţiuni a sifilisului căpătat, după cum poate fi singura manifestare a heredo-sifilisului.

Variabilitatea cazurilor ne permite a stabili o normă asupra datei de apariţie a acestor manifestări, căci sunt cazuri în care a apărut cu câteva zile înaintea accidentelor secundare, (cazul lui Mauriac). Bull raportează un caz al lui Del Torro, la care leziunea orbitrară apăruse la 5 luni dela accidentul primitiv, în acest interval semnele aparente ale sifilisului lipsind.

In alte 5 cazuri ale lui Bull (în teza lui Beaudonnet), totdeauna periostita orbitară a apărut după un timp mai mult sau mai puţin îndelungat dela accidentul primitiv, dar totdeauna a fost însoţită de alte manifestări evidente de sifilis.

Duclos (de Martes) semnalează cazul unui copil la care sifilisul se manifestase prin periostoze şi osteoartrite, atingând tibia, nasul, bolta palatină, articulaţiile soldului, genunchiului, cotului, umărului, maxilarului inferior, craniu şi frunte, după care apăru periostita orbitară, cu fenomene oculare consecutive.

In privinţa localizărei orbitare, contrar afirmaţiilor lui Beaudonnet, starea de debilitate a organizmului nu pare a exercita nici o influenţă, căci s'au observat atât la indivizi robuşti cât şi la debili, după cum nici

climatul nu poate explica localizările procesului morbid.

Din contră tramatismul poate determina localizarea unui proces morbid specific mai ales la nivelul rebordului orbitrar, creind un loc de mai mică rezistență al țesuturilor.

De Wecker citează cazul unui bătrân de 70 ani, care în urma unei lovituri cu o bucată de lemn a regiunei orbitare, a dobândit o periostită orbitară de care s'a vindecat prin tratament antispecific.

In privința localizărilor pe pereții orbitari probabil că condiții predispozante locale și periregionale ca sinuzite cronice, fisuri ale țesutului osos, consecutive diverselor traumatisme faciale sau craniene ar putea determina localizări specifice.

In privința sexului celui mai afectat nu se poate stabili nici proporție, mai probabil că sexul nu joacă nici un rol, osteoperiostita întâlnindu-se fără nici o excepție atât la adulți cât și la bătrâni de ambele sexe. La copii pare a fi mai rară, și în totdeauna după Fuchs, este manifestarea unui heredo-sifilis.

Walter raportează observația unui copil de $3\,^1/_2$ ani, la care se diagnosticase tumoră malignă a celor 2 orbite; copilul moare după 2 luni și la autopsie se găsesc leziuni sclero-gomoase în ficat, rinichi, gome pericraniene și duri-mater, iar tumora orbitară era constituită de osteo-periostite.

De asemenea Trousseau citează un caz de osteo-periostită orbitară heredo-sifilitică la un copil de $2\,^1/_2$ ani; i-a fost adus în stare comatoasă, cu exolftalmie considerabilă a ochiului drept, pleoape roșii, umflate, pupile dilatate. Bolnava se vindecă prin tratament specific.

Pentru a descri osteo-periostitele orbitare vom alege o descripție anatomo-topografică și clinică, sediul leziunii provocând simptome dintre cari exolftalmia și deviația globului sunt cele mai importante, indicând sediul leziunei, știut fiind, că leziunile pre-oculare nu

aduc mai niciodată exolftalmie, cele para-oculare dând mai des deviații decât exolftalmie iar cele retro-bulbare provocând exolftalmie și deviație. In afară de aceasta, importanța exolftalmiei în afecțiunile orbitei este că, orice tulburări am observa, dacă ea lipsește ne arată că, originea lor trebue căutată înapoia cavității orbitare sau înainte la rebordul orbitar.

Vom face descripția clinică a osteoperiostitelor specifice, ținând seamă de aceste date, fără a omite caracterele de acut sau cronic, semnalate de toți observatorii.

Osteoperiostita purturului orbitar, deși după cum am spus nu are o dată de apariție determinată, totuși perioada terțiară este epoca cea mai fertilă în asemenea accidente, heredo-sifilisul dând și el, dar mai rar, asemenea accidente. Se cunosc din descripțiile clasice cazul lui Trusseau, asupra căruia conchide că, leziunea era consecutivă unei osteo-periostite intracraniene (?) de oarece fenomene cerebrale precedaseră pe cele oculare, al II-lea caz al lui M. Péchin de osteo-periostită a ambelor margini orbitare și a maxilarului inferior $^1/_2$ stângă.

Apariția ei este precedată de cefalee, durere periorbitară. Durerea, semn subectiv de mare valoare, are caracterul osteocop, este laucinantă, terebrantă exasperată, prin cea mai mică atingere (cazul lui Ricord). Suportabilă ziua, adesea difuză și mobilă, de abia apreciabilă în unele cazuri până seara, devine insuportabilă noaptea. Ostealgia nocturnă este primul simptom.

In curând regiunea releordului arbitrar se Impăstează, durerea tinde să se localizeze, avându-și maximum la nivelul regiunei inflamate. Prin palpeul făcut între pleoapă și rebord simțim o tumefacțiune profundă osteo-periostică. In total avem tabloul simptomatic general al periostitelor; durere fixă și limitată într'un punct osos superficial, prezența unei tumefieri

osteo-periostică, de mărime variabilă, cu contur difuz, greu de limitat cu senzație vagă de fluctuație limitată în unele cazuri (Fournier). Cele mai adeseaori pielea își păstrează coloritul, consistența și mobilitatea normală la nivelul tumorei, dar în procesele mai acute, devine roșie, edematiată, pleoapa cade. Acestea când apar într'un mod precoce pot regresa spontan și sunt repede influențate de tratamentul antisifilitic și corespunde formei precoce descrise de Mauriac, Del Torro, etc.

Intr'o perioadă mai avansată a sifilisului, șase, zece sau mai mulți ani după accidentul primitiv, dezordinile sunt mai profunde și mai tenace, se formează leziunea eminamente specifică goma, care poate lua naștere în periost sau os. Simptomele sunt aceleași ca și în forma precedentă, dar caracterul tumorei se schimbă, este dură, limitată aderentă de planurile profunde, în curând și de cele superficiale, devine pseudofluctuentă se fistulizează. Evoluția acestei forme este acută sau cronică după cum au arătat Bull și Beaudonnet.

In forma acută fenomene generale apar însoțite de febră. Modalitatea reacțională a fiecărui individ imprimă caracteristica acestei forme. Local, tegumentele se înroșesc, tumoarea devine semifluctuentă, se fistulizeaxă și dă eșire unei cântități mici de licid gălbiu, cu gute uleioase, cu mici parcele osoase. Fistulele persistă multă vreme ca în cazul IV dacă tratamentul nu intervine. Evoluția gomelor osteo-periostice se poate face în puseuri succesive. Câteodată sunt multiple, apropiate unele de altele, devin coalescente. Atunci iau dispoziția de semicercuri a sifilidelor în general. Când gomele supurează și fistulizează lasă depresiuni cupuliforme, perforații și amprente cicatriciale caracteristice.

Când procesul e cronic deși simptomalogia este redusă, durerea osteocpă și nocturnă nu lipsește. Se constată prezența de periostoze, mase eburnate, nere-

gulate, dure, deformând rebordul orbitrar fără reacție din partea tegumentelor. Exostazele au forme de con, crește dacă sunt prea pronunțate sau de boseluri fusiforme. Ele sunt absolut indolore la tact. Trebue căutată din cauza sediului superficial leziunea asupra căreia Hollepeau a atras atenția și pe care a numit-o sifilis regional și osos, adică exostoze și periostoze legate de leziuni specifice superficiale. Sediul leziunilòr pare a fi $^1/_2$ sup. a rebordului orbitar deoparte și alta a liniei mediane. Diagnosticul lor îl vom face la diagnosticul general al osteo-periostitei orbitare.

Osteo-periostitele pereților orbitari. Pe cât sunt de disgrațioase osteo-periostitele rebordului orbitar, pe atât de grave sunt acelea ale pereților orbitari din dublu punct de vedere al organului viziunei și a vieții bolnavului.

Simptomatologie generală. La început semnele sunt următòarele: bolnavul are dureri periorbitare, mai ales nocturne, dureri osteocope, profunde, lancinante și terebrante, comparate cu acelea produse de un fer roșu sau de o lovitură de ciocan; alteori are dureri nevralgice datorite iritației ramurei oftalnice a trigemănului sau a maxilarului superior cu iradiații în tâmplă, în frunte, nas, obraz, etc. Durerile sunt continui și paroxistice presiunii exercitate pe punctele de emergentă a nervilor, sunt foarte dureroase de ex.: punctele lacrimal, supra-orbitar, nasal, sub-orbitar, etc.

La aceste dureri continui se adaugă turburări de sensibilitate cutanată, hyperestezie sau anestezie, de inervație vazó-motrice, coritza și lăcrămare, și motilitate, spasm orbicular.

Incetul cu încetul apare exolftalmie, semn de mare importanță. La început abia apreciabilă obiectiv încât trebue căutată, dar percepută îndeajuns de bolnav, căci i se pare că ochiul este mai mare. Mai târziu exolftalmia ia proporții hidoase și se citează cazuri în care protruziunea era atât de marcată încât, po-

vesteşte Deval, bolnavul ajungând la Neapole nici un hotelier n'a voit să-l primească, apoi cazul lui Boys de Loury la care ambii ochi erau proectați în afara orbitei de o gomă osteo-periostică mediană.

Exolftalmia semn de mare importanță, se produce mai rar înainte, cel mai adesea este laterală, adică axul antero-posterior al globului ocular va fi îndreptat în partea laterală opusă a orbitei prin sediul leziunei.

Strabism divergent sau convergent, gena mişcărilor globului ocular, diplopie sunt accidente ce însoțesc în general propulsia oculară.

Prin explorațiunea directă a regiunei, prin palpeu şi tuşeu mai rar vom putea descoperi cauza şi caracterul procesului morbid orbitar, conformatia cavități şi dispoziția organelor intra cavitare ne permițând o explorație complectă, aşa că vom recurge la alte mijloace, de care vom vorbi la diagnostic.

Din punct de vedere evolutiv osteo-periostitele orbitare le putem în acute şi cronice. Cele acute prezintă toate caracterele proceselor inflamatori care transpuse la regiunea care ne interesează va da pleoape tumefiate, mai ales cea superioară, roşie. edematiată, conjunctiva palpebrală şi bulbară injectată, chemozis, prin palpeul extrem de dureros, vom simți o împăstare difuză şi profundă însoțită de fenomene oculo-paralitice ce le vom descrii la forma cronică. Un abces se formează, puroiul se evacuează — prin conjunctivă, sau puroiul se evacuează oare cum printr'o cale de derivație perforând prin necroză, peretele orbitar şi străbătând într'unul din sinurile faciale sau craniene. Gravitatea e mai mare când procesul stă spre vârf sau plafonul orbitar, semne de meningism şi meningită apar, bolnavul putând să sucombe printr'o complicație intra-craniană, sau să dea necroze intense ale pereților orbitari cum e cazul lui Follin şi Cullerier în care bolnavul şi-a

perdut ochiul, cazul lui Ibershoff în care purturul orbitar a fost complect distrus încât sinurile maxilarului superior, frontal şi cavităţile nazale erau vizibile. Aceste cazuri par a fi rezultatul unei infecţiuni secundare a procesului gomos cu transformarea lui în abces şi flegmon orbitar şi periorbitar cu necroze întinse, ştiut fiindcă, un proces specific nu exclude infecţiile supraadăugate mai ales pe un teren a cărui vitalitate este atinsă.

Forma cronică reprezintă forma evolutivă normală a acestei afecţiuni, ca toate manifestările sifilitice în general. Debutul poate fi impetuos ca şi în cele acute, dar după câte-va zile simtomele subiective şi obiective îşi perd caracterul acut, evoluţia devine subacută şi cronică.

Din punct de vedere evolutiv, şi această formă se prezinta sub două modalităţi.

Prima forma difuză căracterizată prin dureri, osteocope şi nocturne, progresiv tumefacţia avansează spre purturul orbitar unde percepem o tumefacţie puţin dureroasă, ce se continuă cu osul şi în profunzime în orbită. Mai târziu această masă va putea să se abcedeze. Incetul cu încetul survine genă în mişcările ochiului, genă de ordin mecanic decât prin infiltraţie gomoasă.

O altă formă cu totul aflegmazică este exostoza, care se produce de obicei fără semne de inflamaţie prealabile. Osul plan şi unghiul supero-intern al orbitei sunt locurile de elecţie a acestei producţiuni. Când examinăm cu degetul regiunea, simţim o tumoră dură, insensibilă la presiune. Mai multe mici exostoze pot să se unească, formând o tumoră osoasă mare şi izolată şi să provoace prin sediul şi volumul lor accidente variabile.

La început vederea este conservată, dar turburări nervoase regionale se supra-adaugă fie prin compresiunea trunchiurilor şi fibrelor nervoase, dar de cele

mai adesea ori prin perinevrită și nevrită consecutivă procesului inflamator și specific.

Toți nervii cavității orbitare pot fi prinși, simultan sau progresiv. Cel mai des prins este opticul, turburări vizuale se declară începând dela ambliopie până la cecitate complectă. După Hörner turburările vizuale ar fi datorite numai compresiunei și aceiași constatare o face și Rindfleisch.

Panas, Nieden, Leber au constatat degenerescența grisă a nervului optic. Odată cu el și ceilalți nervi pot fi lezați. Astfel ganglionul oftalmic și nervii ciliari pot fi prinși în infiltrația țesutului conectiv retrobulbar, să prezinte leziuni de perinevrită și nevrită în osteo-periostita peretelui superior al orbitei, așa că în mod secundar vom avea paralizia trigemenului sensitiv cu anestezia cornei, keratită neuroparalitică și turburări pupilare.

Cea de a treia pereche este lezată în ordine de frequența după nervul optic. Paraliz'a ei poate fi totală sau parțială. In primul caz dă ptozis, imobilitatea globului ocular, deviarea în afară dilatația pupilară. In cel de al doilea caz, turburările vor fi după ramurile atinse.

Ramurile trigemenului pot fi atinse pe rând sau toate deodată, dând nevralgii faciale, dentare, anestezii orbitare, pitialism, alterarea și abolirea gustului. In unele cazuri însuși ganglionul lui Gasser poate fi atins de procesul inflamator.

Mediile refringente, presiunea intra-oculară normală, la oftalmoscopie se constată staza papilară, cu borduri papilare mai puțin nete și vasodilatație retiniană.

Diagnostic general. Am spus la descripția clinico-topografică a osteo-periostitei orbitare că, prin sediul lor superficial lez unile rebordului vor produce foarte rar exolftalmie, deci în diagnosticul lor ne vom conforma regul'lor obișnuite de diagnostic a tuturor afecțiunilor

superficiale, ținând seamă de caracterele acut sau cronic.

In ceeace privește osteo-periostitele cavității orbitare, diagnosticul va fi nevoe să-l punem în două condițiuni: 1) când avem exolftalmie fără tumoră aparentă, și a 2) când există exolftalmie cu tumoră apreciabilă.

In ceeace privește osteo-periostita specifică a reboidului orbitar, am spus că simptomatologia lor este a tuturor osteo-periostitelor și că prin explorația locală vom constata prezența unei tumori cu contur mai mult sau mai puțin delimitabil, aderentă de planul osteo-periostic și dureroasă, sau vom constata o tumoră dură, regulată, limitată și aderentă de planul periostic. Deci prin aceste constatări eliminăm toate afecțiunile acute, sub-acute sau cronice, căpătate sau congenitale ale țesuturilor parostale. Din ele totuș rămâne chistul dermoid cu care va trebui făcut diagnosticul diferențial. Din leziunile osteo-periostice cu care facem diagnosticul sunt cele t. b. c. și actinomicozice și cele secundare ale sinuzitelor. Prin examenul regional, prin concomitența altor simptome caracteristice sinuzitelor, prin examenul rhinologic și diafanoscopie le vom elimina.

T. b. c. osoasă este frequentă la baza orbitei, la nivelul malarului și pe apofiza montantă a maxilarului superior, dar se întâlnește la copii și adulți prezentând și alte focare de osteo-periostită t. b. c. sau viscerale. Când abcesul s'a format și s'a fistulizat culoarea violacee a rebordului ulcerației, decolarea ei, prezența de sequestre și fongozități, secreția caracteristică impun diagnosticul.

Actinomicoza rebordului orbitar este totdeauna secundară actinomicozii sinurilor, cavităților naturale faciale sau actinomicozei faciale. Fie că se prezintă sub forma inflamatorie sau neoplasică, infiltrația pseudo-edematoasă, traecte fistuloase multiple, se-

creția cu granule galbene și micelii, sediul parostal primitiv al leziunilor luminează diagnosticul.

Pentru natura sifilitică, la copil, vom găsi stigmatele de heredo-sifilis, iar la adult prin examenul general prezența altor leziuni specifice sau cicatrici patognomonice, sero-reacția impune diagnosticul.

Simtomatologia osteo-periostitelor pereților orbitari, ca și a tumorilor orbitei se desface în două perioade care sunt caracterizate: l-a prin exolftalmie fără tumoră aparentă și a II-a cu tumoră aparentă.

I. *In exolftalmie fără tumoră aparentă* trebue recunoscută exolftalmia, 2) dacă e consecința unei tumori și sediul tumorei 3) natura ei.

1) Nu-i ușor să se recunoască exolftalmia. Acest simptom trece mult timp ne băgat în seamă și trebue căutat, căci are mare valoare, căci în cazul în care se va bănui prezența unei tumori, ori care ar fi durerea orbitară, paraliziile, etc. dacă nu vom avea exolftalmie cu deviații oculare înainte sau oblic, putem afirma că nu e vorba de tumoră retro-orbitară pentrucă singurele tumori ce pot să se dezvolte în orbită fără exolftalmie sunt tumorile vecine bazei (purturului orbitar) deci accesibile și ușor de recunoscut.

Exolftalmia o vom căuta prin olftalmometre sau prin comparație cu celant ochiu. Trebue în orice caz să diferențiem exolftalmia de ochii mari (Hydroftalmie și buftalmie).

Cauza ei. Fenomenele inflamatorii retrobulbare vor fi înlăturate căci ele se însoțesc de febră, roșeață, căldură, durere; diagnosticul este îndoelnic când pe o exolftalmie se dezvoltă fenomenele de mai sus.

Se vor înlătura exolftalmiile traumatice, prin orice mecanism ar lucra el, apoi exolftatmia simptomatică a hypertiroidismului, fiind cunoscute câteva cazuri de exolftalmie unioculară-bazedoniană. (Terson, Trusseau, Rutteu). De obicei ea se însoțește de celelante semne caracteristice.

Sediul tumorei. Prin direcția exolftalmiei se poate aprecia sediul tumorei căci exolftalmia va fi de partea opusă tumorei în marea majoritate a cazurilor atunci când tumora va fi para oculară, când va fi a fundului cavității orbitare, exolftalmia este directă deși această varietate de exolftalmie ar fi simptomatică de tumoră a nervului optic sau tumoră chistică a capsulei lui Terson.

Natura neoplasmului. Nu trebue uitat că în orbita se pot dezvolta pseudo-plasme inflamații legate de sifilis, tuberculoză și actinorcicoză.

Tuberculoza orbitei e rară, ea se dezvoltă repede și diagnosticul nu ezită mult timp; examenul puroiului, inoculările la cobai sunt mijloace prețioase de diagnostic, ca și examenul general al bolnavului.

Actinomicoza este totdeauna secundară și propagată din regiunile vecine. Acolo trebue căutată.

De multe ori va trebui să facem puncție sau incizie exploratrice pentru luminarea diagnosticului.

Exolftalmie cu tumoră aparentă.

Când tumora apare, exolftalmia trece pe al II-lea plan; studiul neoplasmului și diversele caractere atrage atenția. Numai în acest caz se poate face diagnosticul sigur al tumorei. Dintre tumorile benigne și maligne ale orbitei cele mai frequente sunt kistele congenitale sau căpătate, cu acestea vom face mai rar diagnosticul diferențial cu osteo-periostitele specifice. Apoi vin tumorile vasculare, osteoame, fibroame și sarcoame. Dintre chistele căpătate numai cu kistul-hidatic vom face diagnosticul diferențial, dar e desful de rar, și numai puncția poate tranșa chestiunea.

Tumorile vasculare au reductibilitatea și suflu, ceeace lipsește în neoformațiile ce ne interesează.

Osteoamele în totdeauna secundar orbitare, în totdeauna etmoido-frontale. Examenul periferic al regiunei indică cauza.

Carcinomul și sarcomul sunt secundare prin propagare și metastatice.

Pronostic. Când osteo-periostita este precoce, prin tratament vom avea cele mai bune rezultate, leziunile fiind eminamente rezolutive. Când leziunile sunt terțiare, regresiunea esie mai lentă, și câteodată incomplectă fiind vorba de osteită condensantă hyperostozantă.

După sediu diferă și pronosticul. Osteo-periostitele rebordului orbitar au puțină gravitate, cele ale pereților poate aduce cecitatea și chiar moartea.

Tratamentul va fi al sifilisului în general.

CONCLUZIUNI

1. Leziunile de natură sifilitică ale orbitei sunt mai frequente decât s'a crezut până acum.
2. In ordine de frequență osteo-periostita vine imediat după irita sifilitică.
3. Epoca în care interesează orbita este mai totdeauna cea terțiară.
4. Dintre leziunile orbitare, osteo-periostita este cea mai frequentă.
5. Osteo-periostita orbitară sifilitică poate afecta marginea, pereții sau fundul orbitei.
6. Ea poate avea forma gomoasă sau difuză.
7. Aspectul clinic diferă în primul rând de sediul leziunei.
8. Evoluția și pronosticul depind de turburările oculare ; leziunile profunde fiind cele mai grave.
9. Osteo-periostita este justițiabilă de tratamentul anti-sifilitic general, iar local asepsie sau antisepsie.
10. Tratamentul de probă anti-sifilitic este indicat chiar dacă reacția Wasserman este negativă.

Văzută și bun de imprimat,

Președintele tezei, Decanul Facultății,

(ss) **Prof. MANOLESCU** (ss) **Prof. TOMA IONESCU**

BIBLIOGRAFIE

Abadie. — Traité des maladies des yeux.
Alavarez. — Gazeta med. del Salvador, 1881.
Alberico Isola. — Arch. de oftal. Hisp. Americanos, Oct. 1904.
Alexander. — Erkrankungen des Sehorgaus.
— Deutsche med. Wochenschr., 1880, No. 26.
— Syphilis und auge, 1889, s. Orbitu 23.
— Maladies des yeux et de l'orbite, 1892.
Anderson. — Jahresversammlung der Britisch. med. Association zu Glascow, Aug. 1888.
Angelo. — Il Morgagni, Bd. XXXIII s. 255.
Arcoleo. — Resconto dela clinic. oftalm. di Palermo s. 279.
Astruc. — Maladie syphilitique, 1840.
Balzer. — Syphilis, 1920.
Beaudonnet. — Osteoperiostites syphilitiques de l'orbite, Thèse de Paris, 1894.
Berger. — Traité des Maladies des yeux, 1892.
Berlin. — Nagel's Iahresbericht, 1878.
— Graefe u. Saemisch's sammelwerk, Bd. VI, s. 530.
— Archiv. f. ophtal. Bd. XVIII, 2, s. 154.
Berne. — Des manifestations précoces et tardives de la syphilis héréditaire, Thése de Paris, 1884.
Blessig. — Klinische Monatsbl. für Augenheilklinik, Sept. 1895.
Brissand. — Progrès medical, No. 19.
Bull. — New-York Acad., Bd. III, No. 2 u. 13.
— Encyclopedie der gesammten heilkunde, Art. orbita.
— Annales de dermatologie et de syphilografie, T. II, 1884.
Campana. — Giornale ital. delle maladie venere, 1871, f. VI.
Comoto Y. — Nippon Gaukwa Gakukwai Zasshi, 1903, VII, s. 439.
Cornil. — Traité d'histologie pathologique (et Rauvier).
Delens. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 1898, p. 516.
Demarquay. — Traité de tumeurs de l'orbite, 1860.
Dubar. — Ost. syphilitiques, Paris 1885.
Duclos. — I anguedoc medico-chirur., an. V, No. 8.
Duvigneaud, Rochon. — Cliniqne ophtalmologique de l'Hôtel Dieu, Paris 1893.
Ferner. — Dublin Journ., Bd. XXVI.
Fichel. — Mémoire sur la periostite syphilitique de l'orbite.
Fournier. — Leçons cliniques sur la syphilis.
Fuchs. — Lehrbuch der Augenheilkunde, Wien 1891.
Galezowsky. — Traité de maladies des yeux, 1888.
— Recueil d'ophtalmogie, 1872, p. 449.
— Annales d'oculistique, 1893.
Gomoiu. — Soc. stud. med., 13 Martie 1903.
— Consideraţii asupra osteo-periostitei sifilitice, 1907.
Graefe. — Haudbuch der gesammten Augenheilkunde.
Gravagna. — Rif. medica. 1902, No. 87.
Gregoric. — Exophtalmies in Folge von Siphilis.

Heinicke. — Americ. Journ. of. ophtalm., July 1884.
Hermann. — Traité sur la syphilis, 1888, s. 247.
Hjelmman. — Correspondenzbl. f. schweizer sertzte XXX, No. 4.
Hoch. Real. E. — Encyclopedie der Eulemburg — Art. Orbita.
Horner. — Klinische Monatsbl. f. Augenheilk, 1863, s. 74.
Hotz F. C. — Opht. Rec. Chicago 1903, XII, p. 329.
Huber. — Klinische Beiträge zur Lehre von den Orbitaltumoren, Zürich.
Iulien. — Traité des maladies veneriennes.
Kniss, Max. — Die Beziehnungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen.
Lagrange. — Traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite et des anexes. Paris.
Lagrange. — Bull. et mémoires de la soc. fran. d'opht., Paris 1903, XX.
Leared. — Med. Times a Gazette, 13 April 1878.
Leber. — Graefe u. Saemisch's Handbuch f. Ophtalm., Bd. V, 2.
Lockwood. — Med. Times et Gazette, 1879.
Maccalun. — Tr. ass. am. Physicians, Phila. 1904, XIX.
Mackenzie. — Traité pratique des maladies des yeux.
— Gazette des hôpitaux, 1856.
— Annales d'oculistique, Febr. 1845.
Moury. — Brit. med. Journal, No. 1427, p. 971.
Mandelstamm. — Centralb. f. praktische Augenh., Oct. 1896.
Monte Del. — Osservazione e note cliniche, S. 71.
Mracek. — Wiener Klinik, October 1886.
Neumann. — Verhandlung der Wiener dermat. gesellschaft, 1897.
Nieden. — Correspondenzbl. des Artzlichen Vereins von Rheinland.
Noir. — Gazette hebdomadaire, 1855.
Oettingen. — Dorpater med. Zeitschr. 1873, s. 179.
Pagenstecker. — Klinische Monatsbl. f. Augenheilk, 1870.
Panas. — Traité des maladies des yeux, 1894, p. 371.
„ Soc. de chirurgie, Noemb. 1873.
„ Gazette des hôpitaux, 1873.
Paulard. — Progrès medical 1917, 20 Ian.
Ricord. — Traité complet des maladies veneriennes.
Rindfleisch. — Lehrbuch der Pathol. Gewebelehre.
Rostaine. — Syphilis 921 (146-252).
Saemisch. — Handbuch der gesammten Augenheilk. V. 264, s. 67, 277, s. 79, 279, s. 24.
Santos. — Cron. med.—quir. dele Habana 1904, XXX, 6.
Schott. — Arch. f. Augen. u. Ohrenheilk. Bd. VII, 1, s. 94.
Sichel. — Annales d'oculistique, T. LXIV.
Tangemann. — Cincinatti Lancet. Clinic. V, XVIII, No. 26, s. 789.
Torro. — New-York medical Journal, 1882.
Trousseau. — Médecine moderne, Iunie 1894, p. 762.
„ Rev. gen. de Clin. et de thérap. 1904, XVIII, p. 305.
Walter. — Klinische Monatsbl. f. Augenh., Ianuar 1895.
Watsend Spencer. — Wolsund on the diagnosis of. periostitis in orbite, 1872.
Wecker. — Traité des maladies des yeux.
— Annales d'oculistique 1863, T. XLIX, p. 244.
William's. — St. Louis, med. and surg. journ. No. 6.